

心理健康素养问卷的编制

吴珏¹ 朱旭^{*1} 李艳青^{1,2} 刘光大¹ 张灵楷¹ 张衍^{1,3} 江光荣¹

(¹华中师范大学心理学院, 青少年网络心理与行为教育部重点实验室, 湖北省人的发展与心理健康重点实验室, 武汉 430079) (²湖北警官学院心理学教研室, 武汉 430079) (³中国社会科学院社会学研究所, 北京 100732)

摘 要 心理健康素养是心理健康研究领域非常重要的问题, 但心理健康素养的概念至今仍然存在缺陷, 并且缺少心理健康素养的综合性测量工具。本研究在重新建构心理健康素养理论模型的基础上, 开发了一种基于该模型的测量工具——心理健康素养问卷, 它可以评估心理健康素养中的所有成分。心理健康素养问卷的开发共经历了四个主要阶段: 心理健康素养的理论建构, 测量工具开发, 项目试测和心理测量学指标评估。最终编制出的问卷包含 6 个分量表分别对应心理健康素养的 6 个成分: 心理疾病的知识和观念; 心理健康的知识和观念; 应对自己心理疾病的态度和习惯; 维护和促进自己心理健康的态度和习惯; 应对他人心理疾病的态度和习惯; 维护和促进他人心理健康的态度和习惯。问卷共有 60 个项目。结果表明, 心理健康素养量表有着良好的内部一致性信度、重测信度、内容效度、聚合效度和预测效度。心理健康素养量表可用于评估个体和群体在心理健康素养各成分上的水平。

关键词 心理健康素养, 心理健康素养理论模型, 心理健康素养问卷

1* 通讯作者: 朱旭 (邮箱: xzhu@mail.ccnu.edu.cn)

1 引言

据 2013 年 6 月到 2015 年 3 月的全国精神疾病流行病学调查结果显示, 中国精神疾病的终身患病率约为 16.6%(Huang et al., 2019)。虽然中国心理疾患者数量庞大, 但接受心理卫生服务者却寥寥无几; 专业心理卫生服务资源配置显著低于国际水平, 这些非常有限的服务资源却又被闲置浪费。根据 Phillips 等人(2009)的流行病学调查的结果估计, 中国现有各类心理疾病患者达 1.73 亿人, 其中 1.58 亿人从未获得心理卫生专业帮助。

导致上述现象的原因主要有两个方面。第一是公众缺乏相关知识, 无法识别和觉察心理疾病, 从而影响了心理疾病患者的求助和治疗(Kelly et al., 2007)。2005 年到 2015 年中国城镇居民精神卫生知识知晓率的元分析结果发现, 城镇居民的基本知晓率为 28.12%, 部分知晓率为 47.82%, 较少知晓率为 15.97%(刘建鹏等, 2017)。该结果表明, 中国公众对各种心理疾病的识别能力还有待提高。第二是公众对心理疾病及其治疗存在污名和歧视等消极态度。有研究发现, 欧洲公众对心理疾病的污名会阻碍其寻求专业帮助(Have et al., 2010)。有来自美国、荷兰和瑞士的研究都发现公众对心理疾病的污名也会耽误治疗时机和治愈过程(Corrigan, 2004; Boerema et al., 2016; Golay et al., 2016)。李强等人(2008)采用质性研究的方法, 提取了中国公众对于心理疾病污名的社会表征的 6 个方面, 发现中国公众对心理疾病患者的认知评价是, 不可预测的、外表怪异的、沟通困难的、回避社交的、需要照顾的和有性格缺陷的。李飞等人(2009)对中国城市人群的心理健康素养的调查发现, 被调查者普遍对心理疾病患者, 特别是精神分裂症和躁狂症患者有较强烈的负面态度。而在全球范围内, 对心理疾病的识别, 心理疾病患者的主动求助, 社会文化对心理疾病患者的污名和歧视, 这些都是人们在心理卫生领域面临的重大挑战(Collins et al., 2011)。导致上述问题的其中一个因素就是心理健康素养(Jorm, 2012)。

心理健康素养的概念在正式提出以前, 其相关的研究已有很长的历史, 最早可以追溯到上世纪 40 年代。这些相关研究包括公众对心理疾病和心理疾病患者的观念、态度(Hollingshead & Redlich, 1958; Sheeley, 1961)、以及影响心理疾病患者求助的因素等(Sarbin & Mancuso, 1970; Brenner, 1973)。1997 年, 澳大利亚精神病学家 Jorm(1997)在借鉴健康素养概念的基础上, 首次提出了心理健康素养 (mental health literacy) 的概念, 指公众关于心理疾病的知识和观念, 它们有助于对心理疾病的识别、管理和预防。后来, Jorm(2012)进一步详细描述了心理健康素养概念的内涵, 其中包括 5 个成分: (1) 预防心理疾病的知识; (2) 识别发展中的心理疾病; (3) 关于求助选择和可获得的治疗的知识; (4) 对一般心理问题, 有效自助策略的知识; (5) 支持患有心理疾病或处在心理危机的人的帮助技能(Mental Health First Aid)。简而言之, Jorm 认为心理健康素养主要是指有助于公众对心理疾病的识别、理解和应对的知识和技能。后来, Kutcher 等人(2016)在此基础上进一步拓展了心理健康素养概念, 他们将心理健康促进也纳入了心理健康素养的范畴, 他们认为心理

健康素养包含如下几个成分：了解如何获得和保持积极的心理健康；了解心理疾病及其治疗方法；减少心理疾病相关污名；以及提高求助效能。

心理健康素养的测量方法可以被大致分为如下三种。第一种是情境访谈（Vignette Interview）。情景案例访谈法是目前应用最广泛的测量方法。在呈现一些情境案例后，研究者会向被试询问一系列的问题，以考察被试对某些心理疾病的了解程度和求助态度等。第二种是知识问卷。研究者们主要用知识问卷来考察被试对某些心理疾病相关知识的了解程度或考察被试对某种特定的心理疾病的识别能力。第三种是态度问卷。研究者们用态度问卷来测量被试对心理疾病和心理疾病患者的污名程度和社会距离。

从上述心理健康素养研究的发展脉络可知，此前的心理健康素养概念存在如下三个缺陷。第一，强调心理疾病应对，相对忽视心理健康的维护和促进。Jorm 等人(1997)认为心理健康素养是一系列有关心理疾病的知识和信念，这些知识和信念有助于他人们的认识、管理或预防心理疾病。实际上，因为忽略了心理健康维护这一重要方面，Jorm 等人的定义更像是“心理疾病素养”而非“心理健康素养”。Kutcher 等人(2016)对心理健康素养的定义是“了解如何获得和保持积极的心理健康；了解心理疾病及其治疗方法；减少心理疾病相关污名；以及提高求助效能”。虽然 Kutcher 等人在其定义中加入了心理健康维护，但他们只是将心理健康维护作为心理健康素养的一个成分（其余 3 个成分都属于心理疾病应对），而并未在概念的结构上将心理健康素养划分为心理疾病应对和心理健康维护两大同等重要的类别。第二，未在态度和行为层面明确区分对己与对人。由于偏重从人道主义、社会治理等角度考虑问题，传统上心理健康素养的研究总是聚焦于个体对精神病患者、对作为客观事物的心理疾病的知识和态度，很少关注个体以自己为对象的心理疾病应对和心理健康维护行为。随着心理健康素养概念和相关研究的发展，研究者们逐渐将心理健康素养概念从对待他人拓展到对待自己。在心理疾病污名研究领域，研究者们将污名分为两类公众污名（public-stigma）和自我污名（self-stigma）(Corrigan and Watson, 2002)。在心理健康素养概念研究领域，Jorm(2012)和 Kutcher 等人(2016)的心理健康素养概念中对对待自己和对对待他人的态度和行为均有所涉及，但他们并未像心理疾病污名研究那样将明确将“自己——他人”作为一个区分的维度。第三，虽然心理健康素养的概念在不断拓展，但仍未形成一个整合的定义和结构。Spiker 和 Hammer(2019)认为，研究者们一直主张扩大心理健康素养所包含的结构，但对于哪些结构应该包含其中尚未达成共识。将心理健康素养的相关研究领域进行分类可知，心理健康素养研究涉及以下 3 个领域：知识/观念研究（心理疾病观，心理疾病知识相关研究），态度研究（心理疾病污名相关研究），行为研究（自助，求助，助人相关研究）。但长久以来，这三个领域的研究一直处于相互分离的状态。目前为止，还没有研究者基于此提出一个心理健康素养整合性的概念框架。一个好的心理健康素养概念应该提供一个有内在逻辑的框架，从而能够把不同的研究传统和主题整合起来，并且有助于深化和扩展本领域的研究。从这个角度来说，当前亟需对心理健康素

养概念、结构和内容做出整合性的界定。

在心理健康素养的测量方面，现有的测量工具同样存在局限：缺少心理健康素养的综合性测量工具。大多数的测量工具的测量对象都是心理健康素养中某个单一的成分，如某种心理疾病的知识(Compton et al., 2007)，维护心理健康的知识(Bjørnsen et al., 2017)，求助能力/态度(Lee et al., 2014)，对心理疾病的态度/污名(Barney et al., 2010)。心理健康素养的综合性测量工具不仅较少，且还不能完全涵盖心理健康素养概念的所有结构与内容。加拿大学者 Mcluckie 等人(2014)编制的心理健康素养学生调查量表只包含心理疾病知识和态度两个成分，而未涉及自助与求助，心理健康维护等内容。而澳大利亚学者 O'Connor 和 Casey(2015)编制的心理健康素养量表 (The Mental Health Literacy Scale, MHLS) 包含 6 个成分：心理疾病识别知识；如何寻求心理健康信息的知识；心理疾病风险因素和病因的知识；心理疾病的自我治疗知识；专业帮助可及性的知识；有助于觉察和合理求助的态度。但这 6 个成分实际只包含心理疾病识别、求助知识和求助态度的内容，而心理疾病的应对行为和维护心理健康相关的知识、态度和技能这几个方面均未涉及。中国研究者陈祉研等人 (2018) 编制的心理健康素养问卷将心理健康素养分为 3 个成分：知识、行为和意识，但忽视了态度与污名的成分。此外，大多数的工具未能提供标准的测量学指标(O Connor and Casey et al., 2014)。

本研究的目的在于提出新的心理健康素养的概念模型，并在此基础上编制一套综合性测量工具，以便全面、客观地评估个体的心理健康素养的水平。本研究在分别了解专家和公众不同视角的心理健康素养观的情况下，将专家视角和公众视角进行整合，重新建构了心理健康素养的概念、结构与内容，并根据这些结构和内容编制了心理健康素养问卷。

2 方法

图 1 概括了心理健康素养问卷编制的程序，其中共包含 4 个阶段：心理健康素养的理论建构，测量工具开发，项目试测和心理测量学指标评估。

图 1 心理健康素养问卷编制程序

2.1 心理健康素养的理论建构——第一阶段

对前人的研究进行梳理与反思后，我们认为心理健康素养概念的定义是：“个体在促进自身及他人心理健康，应对自身及他人心理疾病方面所养成的知识、态度和行为习惯”新概念在结构上包含两个维度：“心理疾病应对——心理健康促进”和“自己——他人”；这两个维度都包含同样两个方面的内容：知识/观念、态度/行为习惯。在这种结构下，心理健康素养共包含 6 个成分：① 心理疾病的知识和观念；② 心理健康的知识和观念；③ 应对自己心理疾病的态度和习惯；④ 维护和促进自己心理健康的态度和习惯；⑤ 应对他人心理疾病的态度和习惯；⑥ 维护和促进他人心理健康的态度和习惯（江光荣 等，2020）。

图 2 心理健康素养的概念框架（江光荣 等, 2020）

2.2 测量工具编制——第二阶段

本研究根据此前提出的心理健康素养的概念，初步确定了心理健康素养问卷的结构。本问卷共可分成 6 个成分，即 6 个分问卷，分别是：① 心理疾病的知识和观念；②心理健康的知识和观念；③应对自己心理疾病的态度和习惯；④ 维护和促进自己心理健康的态度和习惯；⑤ 应对他人心理疾病的态度和习惯；⑥ 维护和促进他人心理健康的态度和习惯。

2.2.1 项目编制

此前的两个质性研究分别调查了 10 名中国相关领域专家（精神病学，临床心理学，心理健康教育学，社会学）与 31 名普通中国公众对心理健康素养内容的理解（李艳青等, 2018; 张灵楷等, 2018）。本研究整合了这两个研究中共有的聚焦编码（二级编码），以确定问卷每个成分下所包含的具体内容，并根据这些内容逐一编写项目。参照以往心理健康素养领域中对知识(Kronmüller et al., 2007; Wang et al., 2013)和态度/行为(Jorm et al., 2005; Angermeyer & Matschinger, 2010)的施测方式，本问卷中知识和观念部分的项目选用了判断题的形式，而态度和行为部分选用了李克特量 5 点量表的形式。各项目的表述方式主要参照了 2 个针对公众的质性研究中的初始编码（一级编码），以保证本问卷各项目所测的内容不仅能涵盖专家与公众的标准，也能充分贴近公众的实际。所有项目的正确答案均已通过所有研究小组成员的讨论并达成共识。

表 1 心理健康素养问卷各成分样题

	样题
心理疾病的知识和观念	看到别人看不到的东西，听到别人听不到的声音，是心理疾病的表现之一。
心理健康的知识和观念	心理健康就是没有痛苦和压力。
应对自己心理疾病的态度和习惯	心理疾病是小问题，不用太关注。
维护和促进自己心理健康的态度和习惯	向人倾诉苦恼显得自己很没用。
应对他人心理疾病的态度和习惯	我会把心理疾病患者和我说的话当作笑话和其他人讲。
维护和促进他人心理健康的态度和习惯	我不能理解那些觉得生活没有意义的人。

2.3 项目试测——第三阶段

心理健康素养初始问卷共有 70 个项目，共经过了两轮项目试测：第一轮试测为专家内容效度评估（ $n=8$ ），第二轮试测为普通公众样本试测（ $n=734$ ）。最终确定了正式版问卷中所有的项目。

2.3.1 专家内容效度评估

心理健康素养专家为所有 70 个项目的内容效度（用该项目测量心理健康素养中某成分

的恰当程度)进行 1-5 评分,并对各项目的文字表述提出修改意见。

2.3.1.1 被试与程序

研究小组共邀请了 8 名专家参与评估,其中 1 名精神病学专家,2 名临床心理学专家 3 名心理健康教育专家,2 名社会学专家。所有专家都已获得博士学位,且都在心理健康素养领域发表过相关论文。这些专家对所有 70 个项目的内容效度(用该项目测量心理健康素养中某成分的恰当程度)进行 1-5 评分,并对各项目的文字表述提出修改意见。

2.3.1.2 结果

结果发现,内容效度平均分数低于 4 分的项目共有 14 个。根据专家评分的结果与修改建议,研究小组删除了 2 个项目,修改或替换了 8 个项目,保留了 4 个项目。保留这些项目的原因是,研究小组考虑到这些题目的内容效度平均分较低主要是由某领域专家与公众对心理健康素养理解的差异导致的,而并非是因为该项目不能恰当地测量心理健康素养中某成分的恰当程度。该试测结束后,问卷共有 68 个项目。

2.3.2 普通公众样本试测

为了进一步考察、筛选和修改初始问卷中的各项目,研究小组将其在普通公众样本中进行试测。

2.3.2.1 被试与程序

770 名普通公众参与了对初始问卷的预测。这些被试来自网络社交媒体招募($n=542$)、城市现场(湖北省武汉市某公共场所)招募($n=86$)和乡村现场(湖北省恩施州建始县某公共场所)招募($n=142$)。所有被试均为中国公民,且非精神病学、心理学以及相关专业从业者。网络招募的被试通过问卷星填写问卷,现场招募的被试填写纸质版问卷。有效问卷的筛选标准有 2 条:(1)通过问卷星参与预测的被试的总反应时在 200 毫秒和 2000 毫秒之间;(2)异常作答,标准为有题目漏填,或连续 15 个项目选择同一选项(共筛除 26 人)。最终共得到有效问卷 734 份,其中男性 342 人,女性 292 人;平均年龄为 29.88($SD=28.83$, range 10-74);受教育水平初中及初中以下 69 人,高中/中专 115 人,大学本科/专科 360 人,硕士及以上 190 人。

2.3.2.2 结果

研究小组收集并统计了所有项目的难度(正确率)和被试对项目表述提出的建议。所有数据均通过 SPSS 25 录入并进行统计分析。根据 Rummel(1988)的标准,问卷中各项目的难度应在 0.1-0.9 之间为宜。而 Rust 和 Golombok(2014)则认为该范围应在 0.25-0.75 之间,本研究将项目的难度标准定为 0.2-0.8。结果发现,没有项目的正确率低于 0.2;而正确率高于 0.8 的项目有 15 个,研究小组删除了 8 个,修改或替换了 6 个,保留了 1 个。保留该项目的理由是,该项目所测量的心理健康素养的内容较为重要,在质性研究中被公众和专家多次提及,但是对于该内容,研究小组找不到更好的测量方式和表述方式,故将原项目保留了下来。接下来,研究小组根据收到的反馈,对一些项目的表述方式做了修改,确保所

有项目的文字表述通俗易懂且没有歧义。该试测结束后，问卷共有 60 个项目。

2.4 心理测量学和方法学质量评估——第四阶段

经过试测阶段对项目的筛选与修改，心理健康素养问卷修订版共有 60 个项目，其中有 6 个成分（括号中为该成分的项目数）：① 心理疾病的知识和观念（21）；② 心理健康的知识和观念（9）；③ 应对自己心理疾病的态度和习惯（8）；④ 维护和促进自己心理健康的态度和习惯（5）；⑤ 应对他人心理疾病的态度和习惯（11）；⑥ 维护和促进他人心理健康的态度和习惯（6）。不同成分下的项目数不等，因为根据先前的质性研究结果，各成分的编码数不同。为了评估心理健康素养问卷修订版的各项测量学指标，研究小组招募了心理健康专业工作者（ $n=122$ ）和普通公众（ $n=121$ ）两组被试参与评估研究。此外，为了评估心理健康素养问卷修订版的重测信度，研究小组招募了一组大学生被试（ $n=155$ ）参与评估研究。

2.4.1 心理测量学指标评估

2.4.1.1 被试

心理健康专业被试（Mental health professionals）：所有被试均为中国某省各高校专职心理健康教育教师/专职心理咨询师，共 200 人，有效问卷共 122 份。其中男性 57 人，女性 65 人，平均年龄为 28.65（ $SD=5.76$, range 20-49），受教育水平初中及初中以下 0 人，高中/中专 2 人，大学本科/专科 61 人，硕士及以上 59 人。

普通公众被试（Community sample）：所有被试均非大学生，非心理健康相关工作的从业者，共 200 人，有效问卷共 121 份。其中男性 72 人，女性 49，平均年龄为 28.55（ $SD=9.66$, range 18-66），受教育水平初中及初中以下 8 人，高中/中专 11 人，大学本科/专科 85 人，硕士及以上 17 人。

有效问卷的筛选标准有 3 条：（1）普通公众被试的职业不包含大学生和心理健康相关工作从业者（共筛除 70 人）；（2）总反应时在 200 毫秒和 2000 毫秒之间（共筛除 78 人）；（3）异常作答，标准为连续 15 个项目选择同一选项（共筛除 9 人）。

2.4.1.2 材料

人口学资料：问卷收集了被试的性别，年龄，最近一年居住地，职业，最高学历。

心理健康素养问卷修订版：共 60 个项目包括 6 个成分，其中 30 个项目为判断题（对/错/不知道），30 个项目为李克特 5 点量表。分别计算各成分的得分。问卷的总分为李克特量表项目转化为 0-1 计分后的所有项目得分之和。

心理健康素养量表（The Mental Health Literacy Scale, MHLS）：该量表由 O'Connor 和 Casey(2015)编制，属于心理健康素养的综合测量工具。该量表包含 6 个成分：心理疾病识别能力（知识）；寻求专业信息的知识；心理疾病风险因素和病因的知识；心理疾病的自我治疗知识；寻求专业帮助的知识；有助于觉察和合理求助的态度。该量表共有 35 个项目，项目形式为李克特 5 点量表， α 信度为 0.873。本研究加入了该量表以确定心理健康素养问

卷的聚合效度。

2.4.1.3 研究程序

在问卷施测前，该研究通过了华中师范大学伦理委员会的伦理审批。课题组用两种方式招募被试：在湖北心理健康教育专职教师群中招募专职心理咨询师/心理健康教育教师被试；用二维码的方式在网上公开招募普通公众被试。所有被试的施测都通过网络在问卷星上进行。

2.4.2 重测信度评估

武汉市某高校 162 名大一学生参与了测验。在全部测验完成之前，所有被试均未接受过心理健康课程教育。有效问卷的筛选标准有 2 条：（1）通过问卷星参与预测的被试的总反应时小于 200 毫秒（共筛除 7 人）；（2）异常作答，标准为连续 15 个项目选择同一选项。共得到有效问卷 155 份。人口统计学资料未收集。测试前，由一名研究者向被试介绍本研究的目的，并让被试扫描二维码，通过问卷星参加测试。所有的指导语都在问卷星上有所注明。两次测验的时间间隔为 3 周。

3 结果

所有数据均通过 SPSS25 录入并进行统计分析。

3.1 因素分析评估

我们用斜向旋转法（直接旋转）对问卷中的 30 个李克特量表项目进行初始主轴分解。采用平行分析建议提取 3 个因素，而碎石图和检验因子要求至少贡献 5% 的方差(Hair et al., 2009)，结果表明结构有 3 个因素。提取 3 个因素进行探索性因素分析，结果表明该模型中所有变量的共同度较低，说明由这些因子解释的方差比例较低，平均因子负荷为 0.144。该结果表明本问卷与一元结构（univariate structure）最为匹配。

3.2 信度分析

3.2.1 内部一致性信度

心理健康素养问卷的李克特量表所有 30 个项目的 α 系数为 0.883，4 个成分的 α 系数都在 0.635 到 0.716 之间（详见表 2），均达到了心理测量学的要求。心理健康素养问卷的判断题所有 30 个项目的 KR20 系数为 0.823，心理疾病的知识和观念部分的 KR20 系数为 0.764，心理健康的知识和观念部分的 KR20 系数为 0.741（详见表 3），均达到了心理测量学的要求。

表 2 心理健康素养问卷各成分的内部一致性信度（李克特量表部分）

	Cronbach's α
所有李克特量表项目（共 30 个项目）	0.883
应对自己心理疾病的态度和习惯	0.692
维护和促进自己心理健康的态度和习惯	0.635
应对他人心理疾病的态度和习惯	0.716
维护和促进他人心理健康的态度和习惯	0.648

表 3 心理健康素养问卷各成分的内部一致性信度（判断题部分）

	Kuder-Richardson 20
所有判断题项目（共 30 个项目）	0.823
心理疾病的知识和观念	0.764
心理健康的知识和观念	0.741

3.2.2 重测信度

所有被试在初测后间隔 3 周进行重测，结果发现，两次测量在总分和 6 个成分上都有显著相关。总分的相关系数 $r=0.72$ ， $p<0.001$ ；心理疾病的知识和观念成分的相关系数 $r=0.53$ ， $p<0.001$ ；心理健康的知识和观念成分的相关系数 $r=0.40$ ， $p<0.001$ ；应对自己心理疾病的态度和习惯成分的相关系数 $r=0.66$ ， $p<0.001$ ；维护和促进自己心理健康的态度和习惯成分的相关系数 $r=0.58$ ， $p<0.001$ ；应对他人心理疾病的态度和习惯的相关系数 $r=0.79$ ， $p<0.001$ ；维护和促进他人心理健康的态度和习惯成分的相关系数 $r=0.50$ ， $p<0.001$ 。该结果表明心理健康素养问卷具有较好的重测信度。

表 4 心理健康素养问卷各成分的重测信度

	r
总分	0.72***
心理疾病的知识和观念	0.53***
心理健康的知识和观念	0.40***
应对自己心理疾病的态度和习惯	0.66***
维护和促进自己心理健康的态度和习惯	0.58***
应对他人心理疾病的态度和习惯	0.79***
维护和促进他人心理健康的态度和习惯	0.50***

3.3 效度分析

3.3.1 内容效度

所有项目的内容效度都经过了 8 名专家的评估，均分在 4 以下的项目或被删除，或被修改，少数项目保留，其原因在上文中已有阐述。

3.3.2 聚合效度

计算心理健康素养问卷与心理健康素养量表（MHLS）在总分和各相对应的成分之间的相关。本研究结果发现心理健康素养问卷与心理健康素养量表（MHLS）在总分、疾病应对知识和疾病应对态度（MHLS 在该部分包含了自己和他人的成分，因此我们将本问卷中应对自己和他人的态度所有项目得分相加后再计算与之的相关）两个成分的得分上都有显著的中等程度相关，相关系数分别为 0.74，0.52 和 0.61。

表 5 心理健康素养问卷与心理健康素养量表（MHLS）在总分和各相对应的成分之间的相关

	r
总分	0.74 ***
疾病应对知识	0.52 ***
疾病应对态度	0.61 ***

注：* $p<0.05$ ，** $p<0.01$ ，*** $p<0.001$ （下同）

3.3.3 预测效度

将心理健康专业被试与普通公众两组被试的问卷得分进行平均数差异检验可以发现，

两组被试的得分在总分和其中 5 个成分上（心理疾病的知识和观念，应对自己心理疾病的态度和习惯，维护和促进自己心理健康的态度和习惯，应对他人心理疾病的态度和习惯，维护和促进他人心理健康的态度和习惯），心理健康专业被试组的平均得分都显著高于普通公众组（详见表 2）。这表明心理健康素养问卷有着良好的预测效度。

表 6 心理健康专业被试与普通公众在心理健康素养问卷中各成分的差异检验

		心理健康专业被试组	普通公众组	<i>p</i>
总分	M	44.57	39.45	***
	SD	10.70	8.71	
心理疾病的知识和观念	M	7.37	2.06	***
	SD	6.98	2.07	
心理健康的知识和观念	M	27.85	3.95	0.139
	SD	26.32	3.61	
应对自己心理疾病的态 度和习惯	M	31.25	29.48	**
	SD	4.5	3.8	
维护和促进自己心理健 康的态度和习惯	M	19.68	18.55	**
	SD	3.3	2.4	
应对他人心理疾病的态 度和习惯	M	41.99	38.86	***
	SD	5.9	5.2	
维护和促进他人心理健 康的态度和习惯	M	19.91	19.00	*
	SD	3.4	2.8	

总而言之，本研究共评估了心理健康素养问卷的 5 个测量学指标：内部一致性信度、重测信度、内容效度、聚合效度、预测效度。由于没有公认的基于量表的 MHL 测量金标准，因此无法评估标准效度。与传统的心理测量工具编制采用数据驱动的方法不同，本研究中心理健康素养问卷编制采用的是理论驱动的方法，该方法需评估内容效度而非结构效度。跨文化效度则需要更多的研究。

4 讨论

4.1 心理健康素养的整合模型

在前人研究的基础上，本研究对心理健康素养提出了新的，整合性的定义：“个体在促进自身及他人心理健康，应对自身及他人心理疾病方面所养成的知识、态度和行为习惯”。本研究也对心理健康素养概念的结构进行了阐述。我们认为心理健康素养在结构上包含两个维度：“心理疾病应对——心理健康促进”和“自我——他人”。这两个维度都包含同样两个方面的内容：知识/观念，态度/习惯。在这种结构下，心理健康素养共包含 6 个成分：① 心理疾病的知识和观念；② 心理健康的知识和观念；③ 应对自己心理疾病的态度和习惯；④ 维护和促进自己心理健康的态度和习惯；⑤ 应对他人心理疾病的态度和习惯；⑥ 维护和促进他人心理健康的态度和习惯。

Spiker 等人(2019)认为研究者们对心理健康素养的概念至今仍争论不休的原因在于：心理健康素养其实更像是一组相关的概念，而非一个单独的概念。因此，研究者们应将心理健康素养视为一个包含多种变量的理论模型加以建构和研究。本研究与 Spiker 等人的观点一致，并从心理健康素养的定义、结构、内容到成分，提出了一个整合的心理健康素养理论模型。

4.2 心理健康素养的标准

相较于前人的相关研究，本研究的另一改进在于从理论建构，到测量工具的开发，再到具体每个项目的编写，都同时参照了几个不同领域的专家（精神病学、临床心理学、心理健康教育学和社会学）和普通公众对心理健康素养的理解。这种方法的优势在于：第一参考了多领域专家的意见。随着心理健康素养概念的不断拓展，心理健康素养所涉及的内容早已超出了精神病学领域。本研究中的项目编制参考了多领域专家的意见，突破了以往单一领域专家视角的局限，避免了诉诸权威（appeal to authority）谬误；第二，在标准的制定方面，具体到每个项目的内容与描述，同时参考了专家与普通公众的意见。也就是说，我们在项目的设计时，同时考虑了专家的标准与公众现有的水平，避免了在测量中可能出现的地板效应和天花板效应。

4.3 基于心理健康素养整合模型的测量工具

虽然前人已经开发出许多心理健康素养测量工具，但仍然缺少涵盖心理健康素养所有结构和内容的综合性测量工具。本研究的目的是根据建构的理论模型来开发出一个基于心理健康素养整合模型的测量工具，用以全面评估个体心理健康素养各方面的水平。

本研究开发出的心理健康素养量表共包含 60 个项目，这些项目分别对应心理健康素养理论模型中的 6 个成分：① 心理疾病的知识和观念；② 心理健康的知识和观念；③ 应对自己心理疾病的态度和习惯；④ 维护和促进自己心理健康的态度和习惯；⑤ 应对他人心理疾病的态度和习惯；⑥ 维护和促进他人心理健康的态度和习惯。心理健康素养量表可以用于评估、比较不同个体在心理健康素养各方面的差异。心理健康素养量表可以评估同一个体在一段时间内心理健康素养各方面水平的变化，可以用于评估心理健康素养干预项目的实际效果。

心理健康素养量表的开发经过了一个反复的过程，包括理论建构，参考质性研究的结果指导每个项目的开发，邀请专家进行内容效度评估，以及项目试测几个阶段。经由这些严格的过程，心理健康素养具备良好的测量学指标。第一，心理健康素养的单因素结构表明心理健康素养问卷中的项目涵盖了心理健康素养理论模型中的所有结构，是一个基于心理健康素养整合模型的测量工具。第二，心理健康素养问卷的修订参照了专家对各项目的内容效度评估，效度均分在 4 以下的部分项目被删除，部分项目被修改，少数项目被保留。因此心理健康素养问卷具有良好的内容效度。第三，在聚合效度方面，心理健康素养问卷与 MHLS 存在中等程度的相关。心理健康素养问卷与 MHLS 在心理疾病应对知识和疾病应对态度两个成分上存在重合，心理健康素养问卷在区分自己和他人的基础上，还包含心理疾病应对和心理健康维护习惯这些独特的成分。因此中等程度的相关表明：一方面，心理健康素养问卷与 MHLS 测量所测量的心理健康素养有相同的成分；另一方面，根据提出的心理健康素养的整合模型，心理健康素养问卷所测量的内容与 MHLS 相比有所拓展。第四，心理健康素养有较好的预测效度。这与之前的研究结果一致：心理健康专业人员比普通公

众的心理健康素养水平高(Caldwell & Jorm, 2000)。

5 局限

本研究主要存在两个局限。第一，编制一个易于大规模施测的心理健康素养测量工具要求项目总数尽可能少。这可能会导致对心理健康素养各个成分的测量存在缺陷。为了解决这一问题，后续研究可以针对心理健康素养中每个单独成分独立开发测量工具。

第二，本研究的理论建构和项目编制都部分参考了中国普通公众对心理健康素养的理解。中国普通公众对心理健康素养的理解可能受到中国社会文化的影响。因此，心理健康素养问卷的跨文化效度仍需后续研究加以验证和改进。

参考文献

- Angermeyer, M. C. & Matschinger, H. (2010). The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(4): 304-309.
- Barney, L. J. & Griffiths, K. M. et al. (2010). The Self-Stigma of Depression Scale (SSDS): development and psychometric evaluation of a new instrument. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 19(4): 243-254.
- Bjørnsen, H. N. & Ringdal, R. et al. (2017). Positive mental health literacy: development and validation of a measure among Norwegian adolescents. *BMC public health*, 17(1): 717.
- Boerema, A. M. & Kleiboer, A. et al. (2016). Determinants of help-seeking behavior in depression: a cross-sectional study. *BMC psychiatry*, 16(1): 78.
- Brenner, M. H. (1973). *Mental illness and the economy*. Cambridge, Mass: 34.
- Caldwell, T. M. & Jorm, A. F. (2000). Mental health nurses' beliefs about interventions for schizophrenia and depression: a comparison with psychiatrists and the public. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(4): 602-611.
- Collins, P. Y. & Patel, V. et al. (2011). Grand challenges in global mental health. *Nature*, 475(7354): 27.
- Compton, M. T. & Quintero, L. et al. (2007). Assessing knowledge of schizophrenia: development and psychometric properties of a brief, multiple-choice knowledge test for use across various samples. *Psychiatry Research*, 151(1): 87-95.
- Corrigan, P. W. & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1): 35-53.
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *Am Psychol*, 59(7): 614-625.
- Golay, P. & Alameda, L. et al. (2016). Duration of untreated psychosis: Impact of the definition of treatment onset on its predictive value over three years of treatment. *Journal of psychiatric research*, 77: 15-21.
- Have, M. T. & Graaf, R. D. et al. (2010). Are attitudes towards mental health help-seeking associated with service use? Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 45(2): 153-163.
- Hollingshead, A. B. & Redlich, F. C. (1958). Social class and mental illness: Community study.
- Huang, Y. & Wang, Y. et al. (2019). Prevalence of mental disorders in China: a cross-sectional epidemiological study. *The Lancet Psychiatry*, 6(3): 211-224.
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3): 231.
- Jorm, A. F. & Korten, A. E. et al. (1997). Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166(4): 182.
- Jorm, A. F. & Blewitt, K. A. et al. (2005). Mental health first aid responses of the public : Results from an Australian national survey. *BMC Psychiatry*, 5(1): 1-9.
- Kelly, C. M. & Jorm, A. F. et al. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Med J Aust*, 187(7 Suppl): 26-30.

- Kronmüller, K. T. & Saha, et al. (2007). Reliability and validity of the Knowledge about Depression and Mania Inventory. *Psychopathology*, 41(2): 69-76.
- Kutcher, S. & Wei, Y. et al. (2016). Mental health literacy: past, present, and future. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3): 154-158.
- Lee, J. & Friesen, B. J. et al. (2014). Youth's Help-Seeking Intentions for ADHD and Depression: Findings from a National Survey. *Journal of Child & Family Studies*, 23(1): 144-156.
- McLuckie, A. & Kutcher, S. et al. (2014). Sustained improvements in students' mental health literacy with use of a mental health curriculum in Canadian schools. *BMC psychiatry*, 14(1): 379.
- O' Connor, M. & Casey, L. et al. (2014). Measuring mental health literacy—a review of scale-based measures. *Journal of mental health*, 23(4): 197-204.
- O' Connor, M. & Casey, L. (2015). The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy. *Psychiatry Research*, 229(1-2): 511-516.
- Phillips, M. R. & Jingxuan, Z. et al. (2009). Prevalence, treatment, and associated disability of mental disorders in four provinces in China during 2001-05: an epidemiological survey. *The Lancet*, 373(9680): 2041-2053.
- Rummel, R. J. (1988). *Applied factor analysis*, Northwestern University Press.
- Rust, J. & Golombok, S. (2014). *Modern psychometrics: The science of psychological assessment*, Routledge.
- Sarbin, T. R. & Mancuso, J. C. (1970). Failure of a moral enterprise: Attitude of the public toward mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35(2): 159.
- Sheeley, W. F. (1961). Popular Conceptions of Mental Health. *Psychosomatics*, 2(6): 479-480.
- Spiker, D. A. & Hammer, J. H. (2019). Mental health literacy as theory: current challenges and future directions. *Journal of Mental Health*, 28(3): 238-242.
- Wang, J. & He, Y. et al. (2013). Mental health literacy among residents in Shanghai. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 25(4): 224-35.
- 江光荣, 赵春晓, 韦辉, 于丽霞, 李丹阳, 林秀彬, 任志洪. (2020). 心理健康素养: 内涵、测量与新概念框架. *心理科学*, 43(1), 232-238.
- 李飞, 肖水源, 黄志平, 师建国, 程灶火, 罗文凤, ... 周亮. (2009). 中国三城市心理健康素养调查. *中国心理卫生杂志*, 23(12), 883-887.
- 李强, 高文珺, 许丹. (2008). 心理疾病污名形成理论述评. *心理科学进展*, 16(4): 582-589.
- 李艳青, 张衍, 朱旭, 吴珏, 刘光大, 张灵楷, 江光荣. (2018). 中国公众心理疾病应对素养的内容: 一个质性研究. *中国心理学会. 第二十一届全国心理学学术会议摘要集*: 1.
- 刘建鹏, 张宇翔, 羊晨, 黄康妹, 张雪琴. (2017). 城镇精神卫生知识普及情况及推进建议——2005~2015 年我国城镇居民精神卫生知识知晓率的 Meta 分析. *中国健康心理学杂志*, (5), 666-670.
- 张灵楷, 张衍, 李艳青, 吴珏, 朱旭, 刘光大, 江光荣. (2018). 国民在心理健康维护方面所应具备的心理卫生素养. *中国心理学会. 第二十一届全国心理学学术会议摘要集*: 2.